

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
CANCER DETECTION SECTION
CANCER DETECTION PROGRAMS: EVERY WOMAN COUNTS
 P.O. BOX 942732, MAIL STATION 428
 SACRAMENTO, CA 94234-7320



ĐỒNG Ý XIN THAM DỰ CHƯƠNG TRÌNH VÀ CUNG CẤP TÀI LIỆU CÁ NHÂN/LAI LỊCH SỨC KHỎE

Bộ Y Tế có dài thọ một số phí tổn về thủ nghiệm để phát hiện ung thư vú và/hoặc ung thư tử cung cho những phụ nữ nào không thể tự trả tiền được. Đa số phụ nữ KHÔNG bị ung thư. Đối với một số ít phụ nữ bị ung thư, sự phát hiện sớm có thể cứu được mạng sống của họ. Nếu quý vị ký đơn này, có nghĩa là quý vị muốn tham gia vào chương trình. Năm sau, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để thực hiện thêm một cuộc thủ nghiệm nữa. Mỗi năm, quý vị sẽ cần ký nhận một đơn chấp thuận mới nếu quý vị muốn tiếp tục tham dự trong chương trình. *Quý vị có thể rút ra khỏi chương trình này bất cứ lúc nào.*

Để biết được rằng quý vị có hội đủ điều kiện để tham gia chương trình này, *quý vị phải cung cấp tên, địa chỉ, ngày sinh, lợi tức*, và một số tài liệu sức khỏe. Tài liệu này cũng sẽ được dùng để cung cấp quý vị với kết quả của cuộc thủ nghiệm. Những chi tiết khác như số An Sinh Xã Hội (nếu có) cũng sẽ được yêu cầu, tuy nhiên quý vị không cần phải đưa ra để được thủ nghiệm. Tất cả tài liệu đều được giữ kín.

Chúng tôi sẽ không dùng tên của quý vị trong bất cứ báo cáo nào được đưa ra ngoài công chúng. Một số chi tiết sẽ được chia sẻ với những chương trình khác thuộc Bộ Y Tế và các cơ quan chính phủ khác. Tất cả luật lệ bảo vệ tài liệu cá nhân của quý vị sẽ được tôn trọng. Đồng thời, Bộ Y Tế phải tôn trọng Điều 30461.6 của Đạo Luật Lợi Túc và Thuế Vụ, và Chương 15, Điều 1501 của Đạo Luật Hoa Kỳ.

Quý vị sẽ nhận được bản sao của đơn chấp thuận này. Xin quý vị hãy nói chuyện với bác sĩ của mình nếu bất cứ có thắc mắc nào. Quý vị cũng có thể *yêu cầu xem hồ sơ chứa đựng những dữ kiện riêng của quý vị bằng cách điện thoại số (916) 327-2764 hoặc viết thư đến:*

Chief, Cancer Detection Section
 Cancer Detection Programs: Every Woman Counts
 P.O. Box 942732, Mail Station 428
 Sacramento, CA 94234-7320

Tôi, _____ (xin ghi tên) đồng ý tham gia vào chương trình thủ nghiệm ung thư vú và/hoặc ung thư tử cung của Bộ Y Tế Tiểu Bang California. Tôi cũng đồng ý những dữ kiện cá nhân và lai lịch sức khỏe của tôi sẽ được sử dụng như được đề cập ở trên. Tôi biết tất cả chi tiết sẽ được giữ kín. *Tôi biết khi ký tên đơn này, tôi đồng ý tham gia chương trình này một năm, và để tiếp tục sự tham dự trong chương trình năm sau, tôi phải ký một đơn mới.*

Chữ ký:

Ngày:

HOÀN TẤT PHẦN NÀY NẾU CẦN NHÂN CHỨNG:

Tôi đã đọc mọi chi tiết trên đơn chấp thuận này cho bệnh nhân được đề cập ở trên. Tôi kết luận, theo sự hiểu biết và khả năng tối đa của tôi, là người này đã hiểu tất cả chi tiết và sẵn sàng tham dự vào hợp đồng.

Chủ ký của nhân chứng

Tên & Họ (chữ in)

Ngày